

Asociación entre cognición social y sintomatología depresiva en una muestra clínica y universitaria en Uruguay: estudio observacional exploratorio

Trabajo original

Resumen

La cognición social, particularmente la teoría de la mente, es fundamental en la interacción interpersonal. Aunque se ha vinculado a diversos trastornos psiquiátricos, su relación con la sintomatología depresiva en muestras heterogéneas latinoamericanas ha sido poco explorada. El objetivo de este estudio fue evaluar la asociación entre la intensidad de los síntomas depresivos y el desempeño en la teoría de la mente en una muestra de participantes asistidos y no asistidos en psiquiatría en Uruguay. Se realizó un estudio observacional y transversal con 181 participantes mayores de 18 años. Se utilizaron el Inventario de Depresión de Beck y el Test de Lectura de la Mente a través de los Ojos. El análisis inferencial incluyó correlaciones de Spearman, correlaciones parciales y modelos de regresión lineal múltiple ajustados por variables sociodemográficas. Se observó una correlación negativa débil entre los síntomas depresivos y el desempeño en cognición social ($\rho = -0,161$; $p = 0,030$). Sin embargo, esta asociación perdió significancia estadística al ajustar por años de estudio. En el modelo de regresión múltiple, la escolaridad fue el predictor más robusto ($\beta = 0,326$; $p = 0,005$), mientras que la sintomatología depresiva mantuvo una asociación pequeña pero significativa ($\beta = -0,078$; $p = 0,023$). La relación entre sintomatología depresiva y cognición social es de baja magnitud y está fuertemente modulada por el nivel educativo. Estos hallazgos subrayan la importancia de considerar la escolaridad como un factor estructural en la evaluación neuropsicológica y destacan la necesidad de adaptaciones metodológicas en contextos latinoamericanos.

Palabras clave

cognición social
depresión
teoría de la mente

Summary

Social cognition, particularly theory of mind, is fundamental to interpersonal interaction. Although it has been linked to various psychiatric disorders, its relationship with depressive symptomatology in heterogeneous Latin American samples has been scarcely explored. The aim of this study was to evaluate the association between the severity of depressive symptoms and theory of mind performance in a sample of psychiatric and non-psychiatric participants in Uruguay. An observational cross-sectional study was conducted with 181 participants over 18 years of age. The Beck Depression Inventory and the Reading the Mind in the Eyes Test were administered. Inferential analyses included Spearman correlations, partial correlations, and multiple linear regression models adjusted for sociodemographic variables. A weak negative correlation was observed between depressive symptoms and social cognition performance ($\rho = -0,161$; $p = 0,030$). However, this association lost statistical significance after adjusting for years of education. In the multiple regression model, educational attainment was the strongest predictor ($\beta = 0,326$; $p = 0,005$), while depressive symptomatology maintained a small but significant association ($\beta = -0,078$; $p = 0,023$). The relationship between depressive symptomatology and social cognition is of low magnitude and is strongly modulated by educational level. These findings underscore the importance of considering education as a structural factor in neuropsychological assessment and highlight the need for methodological adaptations in Latin American contexts.

Keywords

social cognition
depression
theory of mind

Autores

María Paula Gómez González

Estudiante de Medicina. Facultad de Medicina, Universidad de la República (Udelar). <https://orcid.org/0009-0008-5711-7177>

Federico González Novas

Estudiante de Medicina. Facultad de Medicina (Udelar). <https://orcid.org/0009-0007-1273-9338>

Pía Martínez Teperino

Estudiante de Medicina. Facultad de Medicina (Udelar). <https://orcid.org/0009-0000-3282-9073>

Ana Florencia Puppó Belotti

Estudiante de Medicina. Facultad de Medicina (Udelar). <https://orcid.org/0009-0008-7248-0089>

Mariana Rodríguez Alanís

Estudiante de Medicina. Facultad de Medicina (Udelar). <https://orcid.org/0009-0009-1938-313X>

Antonella Yelpe Puig

Estudiante de Medicina. Facultad de Medicina (Udelar). <https://orcid.org/0009-0005-9057-3818>

Sebastián Lema Spinelli

Unidad Académica de Psiquiatría, Facultad de Medicina (Udelar). <https://orcid.org/0000-0002-7568-7463>

Correspondencia:
sebastianlema@fmed.edu.uy

Resumo

A cognição social, em particular a teoria da mente, é fundamental para a interação interpessoal. Embora esteja vinculada a diversos transtornos psiquiátricos, sua relação com a sintomatologia depressiva em amostras heterogêneas latino-americanas permanece pouco explorada. O objetivo deste estudo foi avaliar a associação entre a intensidade dos sintomas depressivos e o desempenho em teoria da mente numa amostra de participantes atendidos e não atendidos em serviços de psiquiatria no Uruguai. Foi realizado um estudo observacional, transversal, com 181 participantes maiores de 18 anos. Foram utilizados o Inventário de Depressão de Beck e o Teste de Leitura da Mente pelos Olhos. A análise inferencial incluiu correlações de Spearman, correlações parciais e modelos de regressão linear múltipla ajustados para variáveis sociodemográficas. Observou-se uma correlação negativa fraca entre os sintomas depressivos e o desempenho em cognição social ($\rho = -0,161$; $p = 0,030$). Entretanto, essa associação perdeu significância estatística após o ajuste pelos anos de estudo. No modelo de regressão múltipla, a escolaridade foi o preditor mais robusto ($\beta = 0,326$; $p = 0,005$), enquanto a sintomatologia depressiva manteve uma associação pequena, porém significativa ($\beta = -0,078$; $p = 0,023$). A relação entre sintomatologia depressiva e cognição social é de baixa magnitude e é fortemente modulada pelo nível educacional. Esses achados ressaltam a importância de se considerar a escolaridade como um fator estrutural na avaliação neuropsicológica e salientam a necessidade de adaptações metodológicas em contextos latinoamericanos.

Palavras-chave

*cognição social
depressão
teoria da mente*

Introducción

La cognición abarca un amplio espectro de procesos mentales que permiten la adquisición, procesamiento, almacenamiento y aplicación de información. Estos procesos incluyen funciones esenciales como el pensamiento, la percepción, la memoria, la atención, el lenguaje, la resolución de problemas y la toma de decisiones, constituyendo la base del conocimiento y la adaptación al entorno humano.¹

Dentro de este marco, la cognición social se especializa en el procesamiento de información relativa a otras personas y contextos sociales. Esta capacidad abarca la interpretación de intenciones, emociones y comportamientos, facilitando la comprensión y navegación en entornos interpersonales. Se considera fundamental para la supervivencia individual y colectiva, al permitir el aprendizaje y la adaptación a partir de interacciones sociales.^{2,3}

En los últimos años, la evaluación clínica de la cognición social ha cobrado relevancia, reflejándose en su incorporación en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5) como uno de los seis dominios neurocognitivos esenciales.⁴

Un concepto clave dentro de la cognición social es la teoría de la mente, que se refiere a la capacidad de inferir los estados mentales de otras personas a partir de sus expresiones y comportamientos. Esta habilidad puede evaluarse mediante diversos enfoques, como la interpretación de imágenes, historias o animaciones, así como la observación de la conducta en entornos naturales.^{2,5,6}

A nivel neuroanatómico, la teoría de la mente involucra una red de estructuras cerebrales especializadas. La corteza prefrontal medial desempeña un rol clave en la comprensión de los pensamientos y deseos ajenos, así como en la integración de interacciones sociales y emocionales.⁷ Además, el surco temporal superior participa en la interpretación de acciones y la unión parieto-temporal en la representación de creencias y pensamientos de otros.^{2,8}

Para evaluar la teoría de la mente, se han desarrollado distintos enfoques metodológicos. Uno de los más utilizados es el *test de lectura de la mente a través de los ojos* (RMET), que mide la capacidad de reconocer estados emocionales a partir de la expresión ocular.⁹ La competencia en esta prueba ha demostrado correlaciones significativas con habilidades sociales clave, como la empatía, la inteligencia emocional y la interpretación del lenguaje corporal.¹⁰

Diversos trastornos psiquiátricos afectan la cognición social.¹¹ Por ejemplo, pacientes con trastorno bipolar han mostrado un deterioro significativo en la teoría de la mente en comparación con sujetos sin patología y con depresión mayor.¹² De manera similar, individuos con ansiedad social y trastorno de personalidad por evitación presentan puntuaciones inferiores en pruebas de teoría de la mente respecto a controles sanos.¹³ En poblaciones con esquizofrenia y autismo, el rendimiento en el RMET es marcadamente inferior.¹⁴

Sin embargo, la mayor parte de estas investigaciones se centran en poblaciones con diagnósticos psiquiátricos, dejando en segundo plano la influencia de síntomas depresivos en la cognición social en individuos sin patología establecida. Explorar esta relación podría contribuir a una comprensión más amplia de la afectación cognitiva en la depresión.

En Uruguay, un estudio previo evaluó la cognición social en pacientes con esquizofrenia y primeros episodios psicóticos mediante el RMET.¹⁵ Sin embargo, no existen investigaciones que examinen diferencias en la cognición social en poblaciones sin trastornos psiquiátricos establecidos. Esta laguna en la literatura respalda la relevancia del presente estudio, que busca evaluar la relación entre sintomatología depresiva y cognición social en la población uruguaya.

La depresión es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por un estado de tristeza persistente, anhedonia y alteraciones cognitivas.¹⁶ La distinción entre depresión, síntomas depresivos y enfermedad depresiva

es fundamental para la comprensión clínica. La enfermedad depresiva es un diagnóstico formal basado en criterios establecidos en manuales como el DSM-5 y la CIE-10, y su impacto en la función cognitiva puede ser significativo.¹⁷

Dentro de los síntomas depresivos, la afectación cognitiva incluye dificultades en la atención, memoria y función ejecutiva.¹⁸ En relación con la cognición social, se ha identificado que la depresión puede comprometer la interpretación de señales sociales y emocionales, afectando las interacciones interpersonales.¹⁹

Dado que la depresión es una de las principales causas de discapacidad a nivel mundial,²⁰ comprender su impacto en la cognición social es esencial para mejorar las estrategias de tratamiento y rehabilitación. En este contexto, el presente estudio tiene como objetivo evaluar de forma exploratoria la asociación entre la sintomatología depresiva y la cognición social, medida mediante el RMET, en una muestra compuesta por participantes asistidos y no asistidos en psiquiatría. Dada la heterogeneidad sociodemográfica entre los subgrupos y el carácter observacional del diseño, el análisis inferencial se realizará sobre la muestra total, incorporando modelos ajustados por variables demográficas y educativas. Los resultados entre grupos se presentarán únicamente con fines descriptivos, reconociendo la presencia de factores confusores, particularmente el nivel educativo.

Hipótesis. Se plantea que mayores niveles de sintomatología depresiva se asocian con menor rendimiento en la prueba RMET. Dado el diseño observacional y la heterogeneidad sociodemográfica, la asociación se analizará a nivel global y mediante ajuste por variables educativas, sin realizar comparaciones inferenciales directas entre subgrupos.

Objetivo general. Evaluar la asociación entre la sintomatología depresiva y la cognición social medida por RMET en una muestra integrada por participantes asistidos y no asistidos en psiquiatría.

Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas, puntajes del test de lectura de la mente a través de los ojos (RMET) e inventario de Beck para depresión, segunda edición (BDI-II) en la muestra total y por subgrupos.
- Analizar la asociación entre sintomatología depresiva y cognición social ajustando por variables sociodemográficas (edad, escolaridad, situación laboral).
- Explorar si el nivel educativo modula la relación entre síntomas depresivos y RMET.
- Identificar las limitaciones derivadas del diseño de muestreo no estratificado y formular recomendaciones para estudios posteriores.

Diseño del estudio

Se realizó un estudio observacional, transversal y exploratorio cuyo objetivo fue evaluar la asociación entre sintomatología depresiva y cognición social en una muestra integrada por participantes asistidos y no asistidos en psiquiatría.

El estudio incluyó tres subgrupos definidos por el contexto de reclutamiento:

1. Pacientes hospitalizados en salas de medicina general de hospitales públicos.
2. Pacientes ambulatorios atendidos en policlínicas de psiquiatría.
3. Grupo no clínico universitario y allegados, integrado por estudiantes de Medicina y personas de su entorno cercano.

Dada la heterogeneidad entre estos subgrupos (particularmente en nivel educativo, edad y condición clínica), el análisis inferencial no comparó grupos entre sí. Los modelos correlacionales y de regresión se realizaron sobre la muestra total, con ajuste por variables sociodemográficas. Las comparaciones entre

subpoblaciones se presentan únicamente de manera descriptiva.

Los datos fueron recolectados entre setiembre de 2023 y junio de 2024, período durante el cual se administraron presencialmente los instrumentos.

Población y muestra

Se incluyeron participantes mayores de 18 años, con dominio suficiente del idioma español y capacidad para otorgar consentimiento informado, dispuestos a completar los instrumentos en una única sesión. Se excluyeron aquellos con deterioro visual significativo que impidiera la realización del RMET, diagnósticos neuropsiquiátricos graves documentados o discapacidad intelectual que comprometiera la comprensión de las pruebas.

Estrategia de reclutamiento y tipo de muestreo

1. Pacientes hospitalizados

- Lugar: salas de medicina general de Hospital Maciel, Hospital Pasteur y Hospital de Clínicas.
- Estrategia: muestreo por conveniencia.
- Procedimiento: los investigadores invitaban a participar a pacientes clínicamente estables identificados por el equipo asistencial. No se incluyeron pacientes internados en salas de psiquiatría.

2. Pacientes ambulatorios en policlínica de psiquiatría

- Lugar: Unidad Académica de Psiquiatría, Facultad de Medicina.
- Estrategia: muestreo por conveniencia.
- Procedimiento: se invitó a pacientes que acudían por motivos asistenciales y que cumplían criterios de inclusión.

3. Grupo no clínico universitario y allegados

- Composición: estudiantes de la Facultad de Medicina y personas de su entorno.

- Estrategia: selección aleatoria simple entre los estudiantes disponibles.
- Procedimiento: los estudiantes reclutados podían invitar a un allegado, constituyendo un muestreo derivado, pero no probabilístico para este subgrupo.

Instrumentos de evaluación

1. *Test de lectura de la mente a través de los ojos* (RMET). Se utilizó para evaluar teoría de la mente en su versión clásica de 36 ítems. Cada ítem presenta una imagen de la región ocular de un rostro y el participante debe seleccionar, entre cuatro opciones, el término que mejor describe el estado mental representado. El puntaje total oscila entre 0 y 36, correspondiendo a la suma de respuestas correctas. Un mayor puntaje indica un mejor desempeño en la tarea de inferencia de estados mentales. No obstante, el RMET no cuenta con puntos de corte ni categorías clínicas establecidas, por lo que su interpretación se realiza en términos continuos y comparativos. Se administró en formato papel y constituye una herramienta ampliamente empleada a nivel internacional, con adecuada evidencia de validez psicométrica.²¹

2. *Inventario de Beck para depresión, segunda edición* (BDI-II). Se trata de un instrumento autoadministrado que evalúa la severidad de síntomas depresivos durante las dos semanas previas. Consta de 21 ítems, cada uno con cuatro opciones de respuesta puntuadas de 0 a 3. El puntaje total oscila entre 0 y 63, donde valores más altos indican mayor severidad de sintomatología depresiva. Habitualmente se utilizan los siguientes puntos de corte orientativos: 0-13 (mínima), 14-19 (leve), 20-28 (moderada) y 29-63 (grave).²²

3. *Cuestionario sociodemográfico*. Incluyó edad, sexo, nivel educativo (años de estudio), situación laboral y estado civil.

Procedimiento

Los participantes completaron los instrumentos en forma presencial y en una única sesión, guiados por un investigador capacitado. Se permitió realizar preguntas para asegurar comprensión del vocabulario del RMET, sin brindar pistas sobre las respuestas. Los datos se registraron en una base anonimizando a los participantes mediante un código alfanumérico.

Análisis estadístico

Análisis descriptivo. Se calcularon medias, desviaciones estándar e intervalos intercuartílicos para todas las variables, tanto en la muestra total como estratificados por subgrupos. Se evaluó la normalidad mediante Shapiro-Wilk y gráficos Q-Q.

Análisis entre subgrupos. Dado el carácter no comparativo del diseño, solo se realizaron análisis descriptivos entre subpoblaciones. Se reportó: edad (media, DE, IQR); años de estudio; distribución por sexo; puntuaciones RMET y BDI-II por subgrupo.

Análisis inferencial. El análisis inferencial se realizó sobre la muestra total. Se evaluó la asociación entre RMET y BDI-II mediante correlación de Spearman. Posteriormente, se efectuó un análisis de correlación parcial ajustando por años de estudio. Asimismo, se construyó un modelo de regresión lineal múltiple utilizando el puntaje RMET como variable dependiente e incorporando como predictores el BDI-II, la edad, el nivel educativo y la situación laboral. Finalmente, se realizó un análisis adicional restringido a participantes con ≥ 9 años de escolaridad.

Consideraciones éticas

El estudio fue evaluado y aprobado por los Comités de Ética del Hospital de Clínicas, Hospital Maciel, Hospital Pasteur y Facultad

de Medicina. Todos los participantes firmaron consentimiento informado. Los datos fueron anonimizados.

Resultados

1. Descripción general de la muestra

La muestra estuvo compuesta por 181 participantes, con edades comprendidas entre los 18 y los 86 años. La media de edad fue de 43,3 años (DE = 18,3). En cuanto a la distribución por sexo, el 59,1 % de los participantes fueron mujeres (n = 107) y el 40,9 % hombres (n = 74).

El nivel educativo presentó una media de 10,96 años de estudio (DE = 4,06), con un rango que osciló entre 0 y 19 años. La mediana

de escolaridad fue de 10 años, observándose que el 50 % de la muestra tenía ≤10 años de educación formal.

Respecto a los instrumentos aplicados, el puntaje medio del RMET fue de 21,5 puntos (DE = 5,42), con valores que oscilaron entre 7 y 32. Por su parte, el BDI-II mostró una media de 14,33 puntos (DE = 10,84), con un rango de 0 a 51. Las características descriptivas globales de la muestra se presentan en la tabla 1, mientras que la distribución de la severidad de los síntomas depresivos según las categorías del BDI-II se resume en la tabla 2.

2. Descripción por subgrupos

Dado que los subgrupos definidos por el contexto de reclutamiento difieren estructuralmente en variables clave como edad, nivel

Tabla 1 | Análisis descriptivo de variables

	Media	Desvío estándar	Mínimo	Máximo
Edad	43,3	18,3	18	86
Años de estudio	10,96	4,06	0	19
RMET	21,50	5,42	7	32
BDI-II	14,33	10,84	0	51

Tabla 2 | Severidad BDI-II

Severidad	Puntaje	Número de participantes
Mínima	0 (0-9 puntos)	74
Leve	I (10-15 puntos)	40
Moderada	II (16-23 puntos)	34
Grave	III (24-63 puntos)	33

Tabla 3 | Características sociodemográficas por subgrupo

Grupo	n	Edad media (DE)	Mujeres n (%)	Años de estudio media (DE)
Grupo no clínico	92	37,3 (18,3)	59 (64,1 %)	13,27 (3,59)
Internación	74	50,4 (16,5)	38 (51,4 %)	8,08 (2,83)
Policlínica	15	45,3 (14,1)	10 (66,7 %)	11,00 (2,85)

Tabla 4 | Distribución de RMET y BDI-II por subgrupo

Grupo	RMET media (DE)	BDI-II media (DE)
Grupo no clínico	23,85 (4,08)	11,49 (8,72)
Internación	18,95 (5,63)	15,59 (11,92)
Policlínica	19,73 (5,55)	25,53 (8,98)

educativo y condición clínica, los resultados se presentan exclusivamente con fines descriptivos. Las características sociodemográficas por subgrupo se detallan en la tabla 3, y las distribuciones de los puntajes RMET y BDI-II por subgrupo se muestran en la tabla 4.

En el subgrupo de pacientes hospitalizados ($n = 74$), se observó una edad media superior al promedio global, junto con un nivel educativo más bajo en comparación con los otros subgrupos. En este grupo, las puntuaciones descriptivas del RMET tendieron a ser menores, mientras que los puntajes del BDI-II fueron, en promedio, más elevados.

El subgrupo ambulatorio de psiquiatría ($n = 15$) presentó una edad media intermedia y un nivel educativo heterogéneo. En términos descriptivos, se observó una tendencia a puntuaciones más bajas en el RMET y niveles de sintomatología depresiva que oscilaron entre moderados y altos.

Por último, el subgrupo no clínico universitario y allegados ($n = 92$) se caracterizó por

un mayor nivel educativo, con predominio de estudios terciarios completos o en curso. Este grupo mostró puntuaciones descriptivamente más altas en el RMET y niveles más bajos de sintomatología depresiva en el BDI-II.

Estas diferencias descriptivas en los puntajes de RMET y BDI-II son coherentes con las disparidades educativas y clínicas entre los subgrupos, lo que refuerza la necesidad de abstenerse de realizar comparaciones inferenciales directas entre ellos.

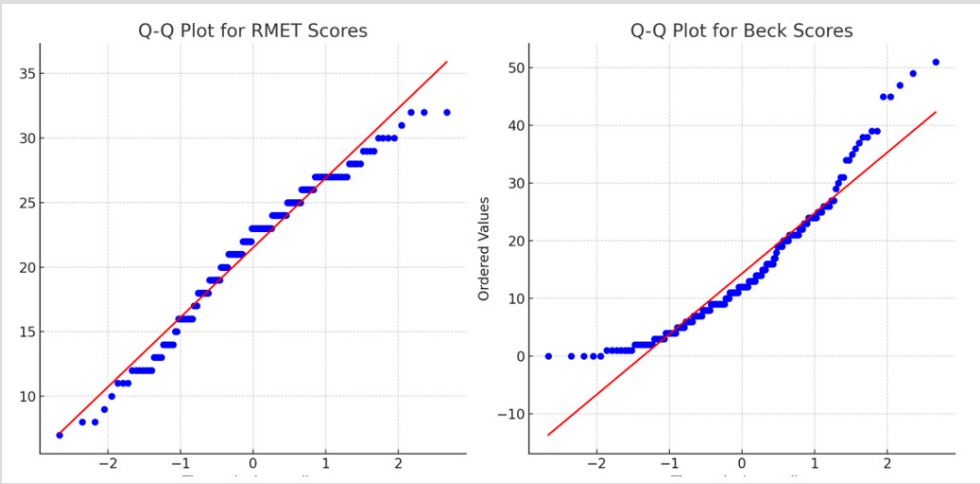
3. Evaluación de la distribución de las variables

La evaluación de la normalidad mediante la prueba de Shapiro-Wilk indicó que tanto las puntuaciones del RMET como las del BDI-II se desviaban significativamente de una distribución normal ($p < 0,05$). Los resultados detallados de esta prueba se presentan en la tabla 5. Los gráficos Q-Q corroboraron

Tabla 5 | Resultados del Test de Shapiro-Wilk

Variable	Estadístico de Shapiro-Wilk	Valor p
RMET	0,968	< 0,0004
BDI-II	0,915	< 0,0001

Figura 1 | Gráficos Q-Q (cuantiles-cuantiles)



Gráficos Q-Q para RMET y BDI-II en la muestra total, mostrando desviaciones respecto a la distribución normal.

visualmente estas desviaciones respecto a la normalidad, y se incluyen en la figura 1.

que esta asociación esté influida por un efecto de confusión por escolaridad.

4. Correlación global entre cognición social y sintomatología depresiva

5. Correlación parcial controlando por escolaridad

El análisis de correlación de Spearman realizado sobre la muestra total mostró una asociación negativa entre las puntuaciones del RMET y del BDI-II ($\rho = -0,161$; $p = 0,030$). Esta relación se ilustra en la figura 2.

Con el objetivo de explorar el efecto de la escolaridad como posible variable de confusión, se realizó un análisis de correlación parcial ajustando específicamente por años de estudio. En este análisis, la asociación entre RMET y BDI-II dejó de ser estadísticamente significativa (correlación parcial = $-0,105$; $p = 0,161$).

La magnitud del coeficiente indica una asociación débil, por lo que el hallazgo debe interpretarse con cautela. Asimismo, dado que existen diferencias sustanciales en el nivel educativo entre los subgrupos, es probable

Figura 2 | Correlación entre RMET y BDI-II

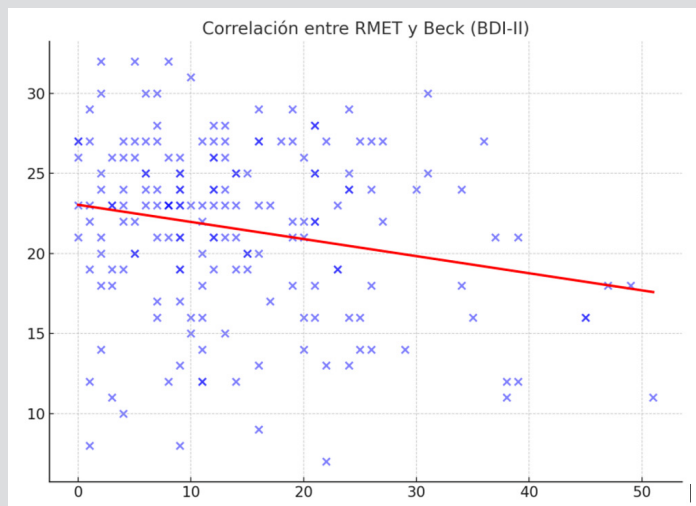


Diagrama de dispersión entre RMET (eje y) y BDI-II (eje x) en la muestra total.

Este resultado sugiere que una proporción relevante de la asociación observada en el análisis global puede explicarse por diferencias en el nivel educativo entre los participantes, lo que posiciona a la escolaridad como un confusor estructural en el presente diseño.

6. Regresión lineal ajustada

Se construyó un modelo de regresión lineal múltiple utilizando el puntaje del RMET como variable dependiente e incluyendo como pre-

dictores el BDI-II, la edad, los años de estudio y la situación laboral.

En el modelo ajustado aplicado a la muestra total, se observó que un mayor puntaje en el BDI-II se asoció con un menor desempeño en el RMET, aunque con un efecto de magnitud pequeña. El nivel educativo emergió como el predictor más robusto del rendimiento en cognición social. Ni la edad ni la situación laboral mostraron asociaciones estadísticamente significativas con el RMET. Los coeficientes del modelo se presentan en la tabla 6.

Tabla 6 | Regresión lineal RMET

Variable	Coefficiente	Valor p
BDI-II	-0,078	0,023
Edad	-0,046	0,163
Años de estudio	0,326	0,005
Situación laboral (estudiante)	2,34	0,080

Cabe destacar que el efecto significativo del BDI-II observado en el modelo de regresión se atenúa cuando se controla exclusivamente por escolaridad en el análisis de correlación parcial, lo que refuerza la idea de que su influencia es modesta y dependiente de factores educativos.

7. Análisis complementario en el subgrupo con ≥ 9 años de estudio

Con el objetivo de reducir el impacto de la confusión asociada a un bajo nivel educativo, se realizó un análisis de regresión adicional restringido a los participantes con ≥ 9 años de

Tabla 7 | Subgrupo con ≥ 9 años de escolaridad

Variable	β	Valor p
BDI-II	-0,1085	0,020
Escolaridad	0,1381	0,482

escolaridad ($n = 107$). Los resultados de este modelo ajustado se presentan en la tabla 7.

En este subgrupo, el BDI-II mantuvo una asociación negativa y estadísticamente significativa con el RMET (coeficiente = $-0,1085$; $p = 0,020$). En cambio, los años de estudio adicionales no se asociaron de forma significativa con el desempeño en el RMET (coeficiente = $0,1381$; $p = 0,482$), ni tampoco la edad o la situación laboral.

Estos resultados indican que, incluso dentro de un grupo más homogéneo desde el punto de vista educativo, mayores niveles de sintomatología depresiva se asocian con puntuaciones ligeramente menores en cognición social. No obstante, el tamaño del efecto continúa siendo pequeño. Una vez alcanzado un umbral educativo mínimo, los años adicionales de escolaridad no parecen modificar de manera relevante el desempeño en el RMET.

Interpretación general de los resultados

En conjunto, los análisis realizados permiten señalar que:

- Existe una asociación negativa débil entre sintomatología depresiva y cognición social en la muestra total.
- El nivel educativo constituye un factor central que modula la relación entre las puntuaciones del BDI-II y el rendimiento en el RMET.
- Debido al diseño del estudio, no es posible realizar comparaciones inferenciales entre subgrupos, dado que estos difieren estructuralmente en escolaridad, edad y condición clínica.
- El análisis de regresión ajustado sugiere un vínculo estadísticamente significativo, pero de magnitud pequeña entre sintomatología depresiva y cognición social, que debe interpretarse como exploratorio.
- En un subgrupo con mayor homogeneidad educativa, la asociación persiste, aunque con un tamaño del efecto limitado.

Discusión

El presente estudio examinó la relación entre sintomatología depresiva y cognición social, evaluada mediante el RMET, en una muestra heterogénea integrada por participantes asistidos y no asistidos en psiquiatría. En el análisis global se observó una asociación negativa de baja magnitud entre las puntuaciones del BDI-II y el desempeño en el RMET. No obstante, la interpretación de este hallazgo requiere cautela, ya que la relación se modificó sustancialmente al ajustar por nivel educativo, lo cual constituye un elemento central para comprender los resultados.

En primer lugar, los datos descriptivos mostraron que los subgrupos incluidos difieren marcadamente en escolaridad, edad y contexto clínico. Estas diferencias hacen que cualquier contraste directo entre grupos resulte metodológicamente inadecuado, dado que múltiples variables de confusión afectan tanto la sintomatología depresiva como el desempeño cognitivo. Por este motivo, los análisis inferenciales se realizaron únicamente a nivel global, sin establecer comparaciones estadísticas entre subpoblaciones.

La correlación inicial observada entre BDI-II y RMET fue débil, y su significación desapareció al controlar por escolaridad mediante correlación parcial. Este resultado indica que una parte considerable de la asociación entre depresión y cognición social podría explicarse por diferencias educativas, más que por un efecto directo de la sintomatología depresiva. Este hallazgo es consistente con estudios internacionales que describen una influencia relevante del vocabulario, el nivel cultural y variables educativas en tareas de reconocimiento de estados mentales.

El análisis de regresión lineal ajustado mostró que tanto el nivel educativo como la sintomatología depresiva aportan a la predicción del desempeño en RMET, aunque con efectos modestos. De ellos, la escolaridad fue el predictor más robusto, lo que refuerza su rol como factor estructural de influencia en la cognición social medida por este instrumento.

Incluso dentro del subgrupo con ≥ 9 años de escolaridad (más homogéneo desde el punto de vista educativo) la sintomatología depresiva mantuvo una asociación significativa, aunque nuevamente de baja magnitud. Este patrón sugiere que los síntomas depresivos pueden ejercer cierto impacto sobre la capacidad de inferir estados mentales, pero dicho efecto parece pequeño y susceptible de ser modulado por variables socioculturales.

Desde una perspectiva clínica, estos resultados deben interpretarse como exploratorios. El diseño no permite establecer relaciones causales ni inferir diferencias entre perfiles diagnósticos depresivos, ya que no se utilizaron entrevistas estructuradas que permitieran discriminar entre trastorno depresivo mayor, distimia, episodios depresivos bipolares u otras condiciones afectivas. Asimismo, la heterogeneidad intragrupo y la ausencia de estratificación limitan la posibilidad de examinar si la magnitud de la asociación varía entre pacientes hospitalizados, ambulatorios y participantes no clínicos.

Sin embargo, el estudio aporta elementos relevantes para la literatura regional. En primer lugar, muestra que el RMET (una prueba ampliamente difundida en investigación clínica internacional) se comporta de manera sensible al nivel educativo en muestras latinoamericanas, lo que subraya la necesidad de desarrollar adaptaciones culturales o versiones con vocabulario simplificado para contextos de baja escolaridad. En segundo lugar, sugiere que los síntomas depresivos pueden ejercer un impacto leve pero detectable en el procesamiento de señales sociales, aun cuando este efecto no sea el principal determinante del rendimiento en tareas de teoría de la mente.

Estos hallazgos se alinean con investigaciones previas que han documentado alteraciones en la cognición social en trastornos depresivos, especialmente en dimensiones relacionadas con el reconocimiento emocional y la interpretación de pistas sociales. No obstante, la magnitud de los déficits descritos en la literatura suele ser menor que la observada en trastornos como esquizofrenia, autismo

o trastorno bipolar, lo cual coincide con los resultados del presente trabajo.

Limitaciones

Este estudio presenta varias limitaciones importantes:

1. *Heterogeneidad de los subgrupos.* Diferencias sustanciales en escolaridad, edad y condición clínica que impiden realizar comparaciones inferenciales directas entre ellos.
2. *Ausencia de diagnóstico psiquiátrico estructurado.* El uso exclusivo del BDI-II impide discriminar entre tipos y severidades de depresión, lo cual es metodológicamente relevante dado que distintos trastornos afectivos pueden mostrar perfiles diferenciados de cognición social.
3. *Muestreo no probabilístico.* La selección por conveniencia limita la representatividad de la muestra y la posibilidad de generalizar los hallazgos.
4. *Tamaño reducido de uno de los subgrupos.* Lo que limita la estabilidad de estimaciones descriptivas y refuerza la necesidad de cautela interpretativa.
5. *Influencias culturales y lingüísticas en el RMET.* El vocabulario del instrumento puede no ser plenamente accesible a personas con menor nivel educativo, introduciendo sesgos sistemáticos.

Recomendaciones para futuros estudios:

1. Implementar entrevistas diagnósticas estructuradas para caracterizar formalmente los trastornos depresivos de los participantes y permitir análisis diferenciados por perfil clínico.
2. Utilizar un diseño estratificado que permita comparar grupos con niveles educativos similares o aplicar técnicas de apareamiento por escolaridad, edad y sexo.

3. Desarrollar o adaptar versiones del RMET con vocabulario simplificado, o complementarlo con otras tareas de cognición social menos dependientes del capital cultural.
4. Ampliar el tamaño muestral y equilibrar la proporción entre subgrupos clínicos y no clínicos.
5. Incorporar análisis longitudinales, que permitan evaluar si cambios en la sintomatología depresiva se asocian con variaciones en cognición social dentro de los mismos individuos.

Conclusiones

El presente estudio identificó una asociación negativa, aunque de baja magnitud, entre sintomatología depresiva y rendimiento en cognición social, medida mediante el RMET, en una muestra integrada por participantes clínicos y no clínicos. Este vínculo se encuentra fuertemente modulado por el nivel educativo, lo que subraya la influencia de factores socioculturales en el desempeño en tareas de teoría de la mente.

Al controlar por escolaridad, la asociación deja de ser significativa, lo que sugiere que parte del vínculo observado se explica por diferencias educativas y no necesariamente por efectos directos de los síntomas depresivos. En un subgrupo más homogéneo en términos de escolaridad (≥ 9 años), la sintomatología depresiva mantuvo una relación significativa, aunque nuevamente de magnitud pequeña.

En conjunto, los resultados deben interpretarse como exploratorios y no permiten sostener diferencias inferenciales entre subgrupos clínicos. Sin embargo, aportan evidencia preliminar sobre el rol de la depresión en la cognición social y destacan la importancia de considerar el nivel educativo en el diseño y análisis de estudios que emplean el RMET en contextos latinoamericanos.

Agradecimientos

Este estudio se enmarca dentro del Ciclo de Metodología Científica II de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República.

Referencias bibliográficas

1. **Ramos Linares V, Piqueras Rodríguez JA, Martínez González AE, Oblitas Guadalupe LA.** Emoción y cognición: implicaciones para el tratamiento. *Ter Psicol.* 2009;27(2):227-37. doi: 10.4067/S0718-48082009000200008
2. **Labbé Atenas T, Ciampi Diaz E, Venegas Bustos J, Uribe San Martín R, Cárcamo Rodríguez C.** Cognición social: conceptos y bases neurales. *Rev Chil Neuro Psiquiatr.* 2019;57(4):365-76. doi: 10.4067/S0717-92272019000400365
3. **Segovia Cuéllar A.** Reflexiones sobre la explicación evolutiva en ciencias cognitivas: el origen de la cognición social humana como estudio de caso. *Rev Argent Antropol Biol.* 2017;19(1):1-15. doi: 10.17139/raab.2017.0019.01.09
4. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5. 5.ª ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2014.
5. **Uribe Ortiz DS, Gómez Botero M, Arango Tobón OE.** Teoría de la mente: una revisión acerca del desarrollo del concepto. *Rev Colomb Cienc Soc.* 2010;1(1):28-37. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5123758>
6. **Erekatxo-Bilbao M, Pelegrín-Valero C, Pérez-Sayes G, Tirapu-Ustárroz J.** What is theory of mind? *Rev Neurol.* 2007;44(8):479-89. doi: 10.33588/rn.4408.2006295
7. **Pizzagalli DA, Roberts AC.** Prefrontal cortex and depression. *Neuropsychopharmacology.* 2022;47(1):225-46. doi: 10.1038/s41386-021-01101-7
8. **Butman J.** La cognición social y la corteza cerebral. *Rev Neurol Argent.* 2001;26(3):117-22. Disponible en: www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=15968
9. **Vellante M, Baron-Cohen S, Melis M, Marrone M, Petretto DR, Masala C, et al.** The “Reading the Mind in the Eyes” test: systematic review of psychometric properties and a validation study in Italy. *Cogn Neuropsychiatry.* 2013;18(4):326-54. doi: 10.1080/13546805.2012.721728
10. **Pavlova MA, Sokolov AA.** Reading language of the eyes. *Neurosci Biobehav Rev.* 2022;140:104755. doi: 10.1016/j.neubiorev.2022.104755
11. **Kim HA, Kaduthodil J, Strong RW, Germine LT, Cohan S, Wilmer JB.** Multiracial Reading the Mind in the Eyes Test (MRMET): An inclusive version of an influential measure. *Behav Res Methods.* 2024;56(6):5900-17. doi: 10.3758/s13428-023-02323-x
12. **Chang YH, Yu CL, Huang CC, Wang TY, Dziobek I, Lane HY.** Discrepancy of social cognition between bipolar disorders and major depressive disorders. *Brain Behav.* 2024;14(1):e3365. doi: 10.1002/brb3.3365
13. **Aghakishiyeva T, Özdel K.** Theory of mind in social anxiety disorder and avoidant personality disorder comorbidity. *Noro Psikiyatr Ars.* 2023;14;60(4):316-21. doi: 10.29399/npa.28368
14. **Alvarez R, Velthorst E, Pinkham A, Ludwig KA, Alamansa J, Gaigg SB, et al.** Reading the mind in the eyes and cognitive ability in schizophrenia- and autism spectrum disorders. *Psychol Med.* 2023;53(16):7913-22. doi: 10.1017/S0033291723002052
15. **Lema Spinelli S.** Determinación del perfil de cognición social en individuos con esquizofrenia y su comparación con los primeros episodios psicóticos. [Tesis de maestría]. Montevideo: Udelar. FM; 2022. 101 pp. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1518891>

Trabajo original

16. **Sjöberg L, Karlsson B, Atti AR, Skoog I, Fratiglioni L, Wang HX.** Prevalence of depression: Comparisons of different depression definitions in population-based samples of older adults. *J Affect Disord.* 2017;221:123-31. doi: 10.1016/j.jad.2017.06.011
17. **De Fruyt J, Sabbe B, Demyttenaere K.** Anhedonia in depressive disorder: a narrative review. *Psychopathology.* 2020;53(5-6):274-81. doi: 10.1159/000508773
18. **Schramm E, Klein DN, Elsaesser M, Furukawa TA, Domschke K.** Review of dysthymia and persistent depressive disorder: history, correlates, and clinical implications. *Lancet Psychiatry.* 2020;7(9):801-12. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30099-7
19. **Wang YP, Gorenstein C.** Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II: a comprehensive review. *Braz J Psychiatry.* 2013;35(4):416-31. doi: 10.1590/1516-4446-2012-1048
20. **Cerecero-García D, Macías-González F, Arámburo-Muro T, Bautista-Arredondo S.** Síntomas depresivos y cobertura de diagnóstico y tratamiento de depresión en población mexicana. *Salud Pública Méx.* 2020;62(6):840-50. doi: 10.21149/11558
21. **Baron-Cohen S, Wheelwright S, Hill J, Raste Y, Plumb I.** The “Reading the Mind in the Eyes” Test revised version: a study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. *J Child Psychol Psychiatry.* 2001;42(2):241-51. doi: 10.1111/1469-7610.00715
22. **Sanz J, Navarro ME, Vázquez C.** Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Anál Modif Conducta.* 2003;29(124):239-88. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/761288.pdf>